

Warszawa, dnia 5 stycznia 2015 r.

KMP.574.27.2014.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej im. prof.
Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) [dalej: OPCAT] oraz na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich w dniach 10-12 września 2014 r. do Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu (zwanego dalej: Szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, Mechanizm): Przemysław Kazimirski, Wojciech Sadownik (prawnicy), Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny) oraz Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – Jolanta Paszko (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu stanu przestrzegania praw osób umieszczonych w Szpitalu w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego (zwanych dalej: internowanymi, pacjentami), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- wysłuchano informacji na temat funkcjonowania placówki przedstawionych przez Józefa Długonia – dyrektora Szpitala oraz Piotra Ciska – z-cy dyrektora ds. leczenia;
- przeprowadzono rozmowy z niektórymi pracownikami placówki;

- przeprowadzono rozmowę z Dorotą Bobko - Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Jarosławiu;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- dokonano oglądu trzech oddziałów, w których przebywają pacjenci internowani, w tym m.in.: sal pacjentów, sanitariatów, jadalni, a także sal do terapii zajęciowej;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu m.in. zeszyty i rejestry zabezpieczeń, zeszyty wyjść pacjentów na spacer, książki raportów pielęgniarskich, historie chorób i opinie psychiatryczne pacjentów internowanych, akta sądowe internowanych.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Dyrektor Szpitala nie mógł być obecny na rozmowie podsumowującej z uwagi na inne obowiązki służbowe. W związku z tym, ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali pracownikom Szpitala wyznaczonym przez dyrektora placówki i wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano m.in.: Statut Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu, Roczny plan terapii zajęciowej dla pacjentów na rok 2014, Regulamin oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (Zarządzenie Nr 6 Dyrektora SPZOZ w Jarosławiu z dnia 16.01.2006 r.), Plan szkoleń dla lekarzy i psychologów na rok 2013/2014, Plan szkoleń pielęgniarek SPZOZ na rok 2013/2014, jadłospis (obowiązujący w dniach 11.09.2014-20.09.2014), protokoły kontroli z dnia 4.09.2014 r. i 24.06.2013 r. przeprowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Jarosławiu, sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 13.01.2014 r. przez sędziego Sądu Okręgowego w Przemyślu, sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 3.12.2012 r. przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Przemyślu, informacje na temat kadry jednostki, informacje dotyczące prowadzonej w Szpitalu terapii zajęciowej, ofertę zajęć kulturalno – oświatowych dla pacjentów.

2. Charakterystyka placówki

Szpital Psychiatryczny w Jarosławiu dysponuje 422 łózkami oraz 24 miejscami w Oddziale Dziennym. W skład szpitala wchodzi m.in. trzy Oddziały Ogólnopsychiatryczne, Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej, Oddział Psychogeriatryczny, Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu wraz z Pododdziałem Psychiatrii Ogólnej, Oddział

Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu. Na terenie Szpitala znajduje się także Pracownia Elektrowstrząsów oraz Ośrodek Leczenia Uzależnień.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2014 r. Nr 599, tekst jedn., zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych) Szpital w Jarosławiu przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia (dla 60 kobiet i mężczyzn) i wzmocnionego zabezpieczenia (dla 60 mężczyzn).

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w Szpitalu przebywało 57 mężczyzn internowanych w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu oraz 56 pacjentów w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu, w tym 8 kobiet.

Pacjenci skierowani na detencję rozlokowani są w trzech odrębnych oddziałach. Pacjenci przebywający w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia umieszczeni są w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (oddział umownie nazywany „V”), mężczyźni przebywający w warunkach podstawowego zabezpieczenia przebywają w oddziale „IV” wraz z 22 pacjentami z pododdziału tzw. ogólnopsychiatrycznego, zaś kobiety - w Oddziale Psychiatrii Ogólnej („III”). Trzy wyżej wymienione oddziały były przedmiotem wizytacji przedstawicieli KMP. Należy w tym miejscu podkreślić, że dyrektor Szpitala wspominał o zamiarze zlikwidowania w przyszłości pododdziału ogólnopsychiatrycznego w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu i utworzeniu jednorodnego oddziału psychiatrii sądowej. Zamiary te należy uznać za słuszne i warte zrealizowania. Rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych zezwala na możliwość wydzielenia w zakładach psychiatrycznych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia od 10-łóżkowych do 20-łóżkowych pododdziałów (§ 4 pkt 1 podpk 2). W wizytowanym Szpitalu pododdział ten miał większą pojemność (22 łóżka), w związku z tym przedstawiciele KMP zalecają zmniejszenie pojemności pododdziału zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu.

Analiza teczek pacjentów nie wykazała nieprawidłowości w zakresie podstaw prawnych detencji. Zawierały one m.in. postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, opinie psychiatryczne, nakaz doprowadzenia oraz nakaz przyjęcia pacjenta.

4. Personel

Według ustaleń poczynionych przez ekspert KMP personel lekarski, pielęgniarski i pomocniczy w wizytowanych oddziałach przedstawia się następująco:

- w oddziale „III” jest 49 etatów (m.in. 23 etaty pielęgniarskie, 14 etatów sanitariuszy i salowych), w tym 5 etatów lekarskich;
- w oddziale „IV” jest 48,6 etatów (m.in. 21 etatów pielęgniarskich, 15 sanitariuszy i salowych), w tym 4,8 etatów lekarskich;
- w oddziale „V” jest 61,05 etatów (22 etatów pielęgniarskich, 26 sanitariusz i salowych), w tym 4,5 etatów lekarskich.

Zgodnie z ustaleniami ekspert KMP, w oddziałach dla osób internowanych są braki liczbowe w obszarze zatrudnienia. Sytuacja ta dotyczy szczególnie Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu („V”). Zatrudnienie dodatkowego personelu wiąże się z kosztami. Suma dostępnych środków finansowych wynika z umów podpisanych z NFZ. Na podstawie przeprowadzonej wizytacji można wnioskować, że brakuje lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów. Efektem tego są trudności w zapewnieniu standardów wynikających z § 4 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych, mówiącego o tym, że zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia zapewniają stałą obecność personelu, w tym personelu ochrony, na terenie zakładu albo - w przypadku dysponowania warunkami wzmocnionego zabezpieczenia w części zakładu - w tej części zakładu, w godzinach dziennych (od godziny 7.00 do 22.00) w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu i w godzinach nocnych (od godziny 22.00 do 7.00) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu. Braki lekarzy, psychologów i terapeutów niewątpliwie przekładają się m.in. na: prowadzenie dokumentacji medycznej, pracę z pacjentami, brak realnych, indywidualnych planów terapii oraz na to, że pacjenci przebywają przez długie okresy w zabezpieczeniu pasami (co szczegółowo opisano w kolejnych rozdziałach). Ekspert KMP zaleca zatem podjęcie przez dyrektora Szpitala kroków w zakresie oszacowania braków personelu w poszczególnych grupach zawodowych oraz podjęcie starań zmierzających do zwiększenia liczby pracowników.

Szpital zatrudnia 36 lekarzy, m.in. internistę (zatrudnionego na cały etat w oddziale psychogeriatrycznym), który konsultuje pacjentów szpitala, radiologa (na umowę), trzech neurologów (zatrudnionych w poradni neurologicznej i zarazem konsultujących pacjentów szpitala), anestezjologa (na kontrakcie).

W ocenie eksperta KMP, realna dostępność lekarzy w oddziale jest prawdopodobnie o połowę mniejsza. Część lekarzy jest obciążona dodatkowymi obowiązkami w innych oddziałach (przyjęcia w Poradni Psychiatrycznej, konsultacje mieszkańców miejscowego Domu Pomocy Społecznej, wyjazdy do sądu, dyżury szpitalne, w tym dyżur w Izbie Przyjęć). Na dyżurze jest dwóch lekarzy psychiatrów - jeden w Izbie Przyjęć, drugi na oddziałach. Lekarz Izby Przyjęć konsultuje w sytuacji konieczności przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego powyżej 16 godzin. Lekarz na oddziałach robi obchód oddziałów, w razie potrzeby wzywany jest telefonicznie do poszczególnych oddziałów. Uczestniczy przy przyjęciach pacjentów bez zgody w Izbie przyjęć.

Personel medyczny stale podnosi swoje kwalifikacje. Specjalizację psychiatryczną ma 17 pielęgniarek. Na podstawie rozmów przeprowadzonych z personelem medycznym ekspert KMP uznała, że zatrudnione osoby posiadają odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie w pracy z osobami psychicznie chorymi. Personel Szpitala uczestniczy w licznych szkoleniach wewnętrznych. Są to szkolenia m.in. dla lekarzy i psychologów z zakresu: zaburzeń schizotypowych, testów psychologicznych, form rehabilitacji psychiatrycznej, wpływu kinezyterapii na organizm człowieka, zaburzeń psychicznych w chorobach somatycznych, leczenia bólu w chorobach psychicznych. Z kolei wśród szkoleń dla pielęgniarek w latach 2013-2014 wymienić można m.in.: prawa pacjenta w świetle ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czynniki stresogenne w pracy zawodowej pielęgniarki, wiedza na temat HIV/AIDS.

5. Traktowanie

Z informacji uzyskanych od dyrektora Szpitala wynika, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie było prowadzonych postępowań karnych oraz dyscyplinarnych wobec personelu placówki, ani złożonych pozwów przeciwko Szpitalowi. Z rozmów z pacjentami wynika, że atmosfera panująca w szpitalu jest dobra. Rozmówcy nie przekazali sygnałów mogących świadczyć o niewłaściwym traktowaniu. Podkreślali pozytywny stosunek kadry Szpitala do pacjentów oraz wskazywali, że personel jest pomocny i życzliwy.

Wobec pacjentów stosowany jest przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia. Z informacji od personelu i pacjentów wynikało, że unieruchomienia mają miejsce w wieloosobowej sali obserwacyjnej. Personel podawał, że stosowane są parawany w celu zapewnienia unieruchomionemu pacjentowi intymności, co potwierdziły rozmowy z

pacjentami. W celu oceny prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego, ekspert KMP przeanalizowała rejestr unieruchomień, karty zastosowania unieruchomienia, raporty pielęgniarskie, historie choroby oraz odbyła rozmowy z personelem Szpitala i pacjentami.

Zdaniem ekspert KMP zarówno personel lekarski, jak i pielęgniarski zna wskazania i zasady stosowania przymusu bezpośredniego. Cały personel był w tym kierunku przeszkolony. Odnotowywano z wymaganą częstotliwością kontrolę lekarską i pielęgniarską. Do stosowania przymusu bezpośredniego angażowani są pracownicy danego oddziału. Do pomocy mogą być wezwani sanitariusze pracujący w Izbie Przyjęć (dwie osoby dostępne przez całą dobę). W razie konieczności wzywani są sanitariusze, pielęgniarze, pielęgniarki z innych oddziałów.

Z analizy zestawień stosowania unieruchomienia wynika, że jest on stosowany z różnym czasem trwania. Są sytuacje, gdy jest stosowany kilka, kilkanaście godzin, a także kilkadziesiąt godzin lub kilka dni. Przykładowo np. Oddział V: (*dane osobowe usunięto*) – zabezpieczony pasami w sumie przez 123 godz. i 15 min. (w dniach 22.08-28.08.2014 r.); (*dane osobowe usunięto*) – 16 godz. i 30 min (w dniu 20.08.2014); (*dane osobowe usunięto*) – 4 godz. (od dnia 19.08.2014); (*dane osobowe usunięto*) – 40 godz. i 15 min (01.09.2014- 03.09.2014); (*dane osobowe usunięto*) - zabezpieczenie pasami przez 143 godz. (od 16 maja 2014 r.); Oddział III – ogólny - zabezpieczenie pasami stosowane przez kilka dni u wielu pacjentów, np.: (*dane osobowe usunięto*) (24.08.2014-01.09.2014 i 04.09-09.09.2014), (*dane osobowe usunięto*) - (19.08.2014-24.08.2014), (*dane osobowe usunięto*) (21.08.2014 - 25.08.2014), (*dane osobowe usunięto*) (18.08.2014- 27.08.2014 – 9 dni), (*dane osobowe usunięto*) (10.08.2014 do 18.08.2014 r 8dni); Oddział IV: (*dane osobowe usunięto*) – unieruchomienie przez 12 dni (28.08.2014 – 08.09.2014), (*dane osobowe usunięto*) – unieruchomienie przez 11 dni (01.02.2014 - 11.02.2014).

Przypadki tak długo trwających unieruchomień budzą poważne wątpliwości przedstawicieli KMP. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom i Nieludzkiemu Traktowaniu podkreśla, że *jeśli wyjątkowo konieczne jest użycie środków przymusu bezpośredniego krępujących ruch, powinny być one zdjęte tak szybko, jak to możliwe; nigdy nie należy stosować takich środków – lub przedłużać ich stosowania – w charakterze kary. Komitet spotykał się niekiedy ze stosowaniem środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych przez okres dłuższy od jednego dnia; Komitet musi podkreślić, że taki stan rzeczy nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i –*

zdaniem Komitetu – oznacza złe traktowanie (paragraf 48 CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2003). Przedstawiciele KMP zalecają każdorazowe weryfikowanie użycie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia trwające dłużej niż 1 dzień w celu ustalenia rzeczywistej konieczności jego stosowania.

Ekspert KMP ustaliła, że decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz, on decyduje o rodzaju zastosowanego środka, informuje o tym pacjenta i nadzoruje jego wykonanie. Zgodnie z § 4 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz. U. z 2012 r. poz. 740) lekarz (lub w wyjątkowych sytuacjach pielęgniarka) zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Czas ten może być przedłużony na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

Tymczasem, z informacji uzyskanych przez ekspert KMP od zastępcy dyrektora wynika, że w wizytowanej placówce po kolejnych okresach 6-cio godzinnych (następujących po upływie 16 godzin stosowania przymusu) opinia drugiego lekarza nie jest brana pod uwagę. W ocenie ekspert KMP interpretacja przyjęta przez personel Szpitala jest błędna. Przepis § 4 pkt 5 w/w rozporządzenia wyraźnie wskazuje, że opinia i badanie drugiego lekarza wymagane jest przy przedłużaniu „na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne”. W związku z powyższym ekspert KMP zaleca, aby przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego odbywało się zgodnie z § 4 rozporządzenia.

Reasumując, ekspert KMP podkreśla, że analiza stosowania przymusu bezpośredniego wykazała, że jest on stosowany często i w wielu przypadkach długo. Interpretacja rozporządzenia powoduje, że opiniowanie przez drugiego lekarza psychiatrę jest prowadzone do 16 godzin, a nie ma go po kolejnych okresach 6-cio godzinnych, przy stosowaniu przymusu bezpośredniego powyżej 16 – godzin. Dyrekcja

szpitala ma na bieżąco informacje na temat długości stosowania przymusu bezpośredniego.

Problem jest złożony, wielopłaszczyznowy i wymaga wnikliwego zapoznania się z przypadkami długiego stosowania przymusu bezpośredniego. Nasuwa on podejrzenie złego traktowania pacjentów.

Zdaniem ekspert KMP szczegółowej analizie wymagają przypadki, gdy dochodzi do częstych zachowań zagrażających ze strony pacjenta. Warto w takim przypadku zwrócić uwagę na to, jak pacjent był leczony przed wystąpieniem zachowań zagrażających oraz jak często badano pacjenta celem oceny stanu psychicznego i weryfikacji stosowanego leczenia (w sytuacji, gdy pacjent jest badany głównie podczas obchodu lekarskiego, indywidualny kontakt z pacjentem jest ograniczony, istnieje wówczas ryzyko przeoczenia istnienia lub narastania zaburzeń psychicznych i nie zareagowanie w porę podjęciem oddziaływań farmakologicznych, czy innych). Ekspert KMP zaleca ponadto, aby podczas stosowania przymusu bezpośredniego zwrócić uwagę, jakie podjęto oddziaływania, żeby maksymalnie zminimalizować okres stosowania przymusu bezpośredniego. Warto również, w jej ocenie, przygotować personel do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, np. określić, czy tak długie stosowanie u pacjentów przymusu bezpośredniego nie wynika z lęku personelu przed zachowaniami zagrażającymi ze strony pacjenta (taki stan rzeczy może wynikać z niewystarczającej liczby personelu).

6. Prawo do ochrony zdrowia

Zgodnie z ustaleniami poczynionymi przez ekspert KMP, konsultacje internistyczne i neurologiczne zapewnione są przez lekarzy tych specjalności zatrudnionych w wizytowanej placówce. Szpital ma podpisaną umowę na konsultacje specjalistyczne z Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. W razie potrzeby korzysta również z konsultacji w innych ośrodkach specjalistycznych. Pacjenci mają również zapewnioną opiekę stomatologiczną (kontrakt z gabinetem stomatologicznym poza Szpitalem).

Szpital zapewnia leki do leczenia schorzeń somatycznych. W placówce możliwa jest diagnostyka radiologiczna na podstawowym poziomie (zdjęcia radiologiczne).

Badania typu: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania ultrasonograficzne wykonywane są w ramach umowy w placówkach zewnętrznych.

Szpital posiada laboratorium analityczne czynne w godzinach 6.00-22.00. Pilne badania w godzinach nocnych wykonywane są w Centrum Opieki Medycznej.

Pacjenci na własną prośbę mają dostęp do informacji i dokumentacji lekarskiej. Realnie większość z nich nie korzysta z tego prawa. Jeden z pacjentów pytany, czy ma informacje na temat swojej choroby, leków, jakie przyjmuje stwierdza, że nie pytał o to „mi chodzi o to, aby wyjść”, wyjście zależy „od opinii lekarza”. Pacjent, z którym rozmawiała ekspert KMP, twierdził, że leki przyjmuje: „uważam, że nie mam wyjścia”.

Od lipca 2014 r wprowadzono do historii choroby karty indywidualnego planu rehabilitacji psychiatrycznej. Każdy z oddziałów opracował wzór takiej karty na wewnętrzny użytek.

W Szpitalu znajduje się pracownia EKG, w której odbywają się planowe badania. Oprócz tego szpital dysponuje przenośnym aparatem EKG do wykonywania badań w poszczególnych oddziałach w godzinach popołudniowych i nocnych, u pacjentów leżących.

Ekspert KMP, analizując dokumentację medyczną, wskazała na następujące uchybienia:

- w oddziale „V” w kartach zleceń wpisana nazwa leku i dawka, brak zaś wpisu o postaci leku (tabletki/ampułka). Część leków występuje pod tą samą nazwą zarówno jako tabletki, jak też ampułki. Może to prowadzić do pomyłek przy podawaniu leków. Ponadto nie można zidentyfikować osoby zlecającej (podpis nieczytelny, brak pieczętki);

- historia choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*) (przyjęty 08.06.2012). Wpis w historii choroby z datą 15.01.2014 r. - „przełożony zmodyfikował pacjentowi leczenie”. Brak informacji, kto personalnie zmodyfikował leczenie, na czym ona polegała, czego dotyczyła;

- historia choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*) (przyjęty 17.07.2014). Brak wpisu daty badania. Po przyjęciu brak wpisu, jakie leki zalecono i jakie badania. Zamieszczony plan postępowania na poziomie ogólnym. Kolejny wpis z dnia 27.08.2014 r. polegał na skopiowaniu wywiadu z poprzedniego badania i dodaniu fragmentu aktualnego badania;

- historia choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*). Indywidualny plan rehabilitacji sporządzony z datą 08.07.2014 r. na poziomie ogólnym. Ponadto wpisy w historii choroby: lekarz jeden raz w miesiącu, psycholog jeden raz w miesiącu;

- historia choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*). Indywidualny plan rehabilitacji sporządzony z datą 08.07.2014 r. na poziomie ogólnym. Standardowy druk, te same punkty co u poprzedniego pacjenta. Podpisane ogólnie - zespół terapeutyczny - brak natomiast nazwisk konkretnych osób. Brakuje ewaluacji planu rehabilitacji. Opis stanu psychicznego z dnia 22.05.2014 r. nie zawiera rozpoznania choroby;

- historia choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*). W dniu 29.10.2012 - odstawiono Zalastę - brak wpisu w historii choroby. Kilkakrotnie zlecano doraźnie Paracetamol - w historii choroby brak wpisu z jakiego powodu.

W ocenie ekspert KMP sposób prowadzenia dokumentacji medycznej budzi liczne zastrzeżenia. Wpisy w historii choroby u większości pacjentów wykonywane są raz/dwa razy w miesiącu, a czasami rzadziej. Powinny być wykonywane regularnie niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Dokumentacja medyczna powinna odzwierciedlać przebieg leczenia pacjenta, zaistniałe zmiany stanu zdrowia, podjęte działania, uzasadnienie włączenia lub odstawienia leków. W analizowanych historiach chorób ekspert KMP dostrzegła: nieczytelne podpisy lekarza zlecającego, brak wpisu postaci leku, brak wpisu daty badania, brak podpisu osoby, która wykonała badanie. Ponadto w badaniu przeprowadzonym po przyjęciu pacjenta do oddziału często brak jest rozpoznania, brak wpisu, jakie leki i badania zalecono, brak planu postępowania. Od lipca 2014 r. zamieszczany jest indywidualny plan terapii na poziomie ogólnym. We wszystkich przeglądanych historiach jest on tej samej treści, co może świadczyć o braku zindywidualizowania dla poszczególnych pacjentów. W ocenie ekspert KMP dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w większą starannością.

Podczas wizytacji w jednym z oddziałów ekspert KMP zaobserwowała nieprawidłowości w przygotowywaniu leków dla pacjentów: tabletki były wysypane z oryginalnych opakowań. Jest to niezgodne z zasadami obowiązującymi przy podawaniu leków: lek powinien być wkładany do pojemnika na leki dla konkretnego pacjenta z oryginalnego opakowania. Zwrócono uwagę na tę kwestię obecnemu w gabinecie zabiegowym pielęgniarzowi, pełniącemu funkcję oddziałowego.

W szpitalu przeprowadzane jest leczenie elektrowstrząsami. Do zabiegów tych wyznaczona jest oddzielna sala z zapleczem sanitarnym. Zabiegi przeprowadzane są w pełnej narkozie, pod kontrolą badania EEG. Na wykonanie zabiegów EW pacjenci podpisują zgodę. U pacjentów internowanych zabiegi EW przeprowadzane są bardzo rzadko. Śpiączki atropinowe i insulinowe nie są stosowane.

7. Prawo do informacji

Na terenie Szpitala zatrudniony jest Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który pełni dyżur w placówce 4 razy w tygodniu. W ramach swojej działalności reaguje na skargi pacjentów i ich rodzin, regularnie odwiedza oddziały w celu zweryfikowania zgłaszanych uwag, współpracuje z kadrą placówki w rozwiązywaniu problemów pacjentów. Internowani mogą zgłosić się na rozmowę indywidualną do Rzecznika, jak również zwrócić się do niego pisemnie lub za pośrednictwem personelu. Na tablicach ogłoszeń dostępne są informacje, w tym ulotki na temat praw pacjenta oraz działalności i danych teleadresowych Rzecznika.

Jak wspomniano wcześniej, każdy pacjent po przyjęciu do szpitala zapoznawany jest z topografią oddziału i prawami pacjenta. W oddziałach zamieszczone zostały w widocznym miejscu broszury informujące o organizacji dnia oraz przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na tablicach ogłoszeń wywieszono wiele ważnych informacji dotyczących m.in. różnych form zajęć i terapii wraz z podaniem dni, w które się odbywają oraz celami, jakie owe zajęcia za sobą niosą. Znajdują się tam także adresy do instytucji stojących na straży praw człowieka. Na dużych i czytelnych kartkach umieszczono informacje o tym, że ustawa o zdrowiu psychicznym i ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także zeszyt skarg i uwag znajdują się w dyżurce pielęgniarek.

8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

W ocenie przedstawicieli KMP pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych oraz odwiedzin.

Na terenie Szpitala znajdują się aparaty telefoniczne, z których pacjenci mogą korzystać. Nie mogą oni używać własnych telefonów komórkowych. Ograniczenia takie wynikają z obawy przed używaniem przez pacjentów funkcji nagrywania i fotografowania innych. W ocenie przedstawicieli KMP powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. W związku z tym przedstawiciele Mechanizmu zalecają zaklejenie obiektywu w telefonach komórkowych taśmą typu VOID (w przypadku jej odklejenia nie jest możliwe ponowne jej użycie, dzięki czemu personel placówki ma możliwość dostrzec przypadki próby nagrywania lub fotografowania) oraz umożliwienie pacjentom częstszego używania ich.

Korzystanie przez pacjentów z prawa do korespondencji nie jest ograniczane przez władze szpitalne.

Każdego dnia istnieje możliwość odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala (również w dni świąteczne i wolne od pracy). W spotkaniach mogą również uczestniczyć dzieci. W Regulaminach oddziałów brak jest ograniczeń wiekowych w tym zakresie. Jednakże z informacji dostępnej na tablicach korytarzowych Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (pn.: „Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych”) jest mowa o tym, że „odwiedziny dzieci do lat 7, ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia, są niewskazane”. Przedstawiciele KMP rozumieją, że tego typu „niepisana” zasada wynika z potrzeby ochrony dziecka, które (pomijając możliwość zagrożenia fizycznego) może być narażone na traumatyczne przeżycia. Mimo tego przedstawiciele KMP zwracają uwagę, że takie ograniczenia nie znajdują odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach prawa. Również wymieniony wcześniej Regulamin odwiedzin nie wprowadza takich obostrzeń. W związku z powyższym, dobrym rozwiązaniem jest zorganizowanie odpowiedniego pomieszczenia przeznaczonego do widzeń pacjentów z ich dziećmi.

Wątpliwości przedstawiciele KMP budzą zapisy Zarządzenia Nr 6 Dyrektora SPZOZ w Jarosławiu z dnia 16 stycznia 2006 r. w sprawie wdrożenia w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu Regulaminu Organizacyjno-Porządkowego, a dokładniej § 6 pkt 7 podpkt 2 o treści: „Odwiedzający każdorazowo poddawani są kontroli osobistej przy wejściu na oddział, a także przy wyjściu, jeżeli wymaga tego sytuacja”. Przedstawiciele KMP zalecają usunięcie tego zapisu oraz zaprzestanie takiej praktyki, jako że brak jest podstaw prawnych do dokonywania kontroli osobistej osób odwiedzających.

Przepustki udzielane są za zgodą sądu dla osób przebywających na internacji o podstawowym poziomie zabezpieczenia, możliwości takiej nie posiadają internowani w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Kwestią dyskusyjną w ocenie przedstawiciele KMP jest brak jasnych i przejrzystych przepisów umożliwiających osobom internowanym korzystanie z przepustek na okresowe przebywanie poza szpitalem lub przepustek okolicznościowych (np. ceremonia pogrzebowa osoby bliskiej). Z jednej strony przepustka na okresowe przebywanie poza szpitalem może służyć ułatwieniu adaptacji pacjenta do życia poza szpitalem oraz zweryfikowaniu stanu pacjenta (poprawa obserwowana w warunkach szpitala, który jest swoistego rodzaju środowiskiem ochronnym, może okazać się niewystarczająca w zetknięciu z wymogami i trudami życia w naturalnym środowisku). Z kolei udział w ceremonii pogrzebowej (oraz innych) najbliższej osoby jest szczególnie

ważnym przeżyciem i doświadczeniem w życiu każdego człowieka. Brak możliwości udziału pacjenta w tego typu wydarzeniach, w szczególności w przypadkach, gdy przebywa w szpitalu przez kilka lub kilkanaście lat, może mieć istotny wpływ na stan jego zdrowia. Takie sytuacje stanowią ponadto ingerencję w prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Z drugiej zaś strony brak ustawowej możliwości zastosowania przepustki w wykonywaniu internowania wobec osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym jest zamierzonym działaniem ustawodawcy, warunkowanym przede wszystkim istotą i celem tych środków. Środki zabezpieczające stanowią specyficzną instytucję prawną. Można je stosować tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Nie orzeka się ich - w przeciwieństwie do kary pozbawienia wolności - na czas oznaczony. Stąd właśnie nie mogą one trwać dłużej, aniżeli jest to konieczne z punktu widzenia stanu zdrowia osoby, wobec której są stosowane. Mają one prewencyjny, a nie represyjny charakter i są wykonywane przez poddanie internowanego leczeniu, terapii, rehabilitacji oraz resocjalizacji w celu poprawy jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji, biorąc pod uwagę wszystkie powyższe argumenty, będą w dalszym ciągu monitorować kwestię przepustek dla internowanych.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

W każdym z oddziałów zatrudnieni są psychologowie i terapeuci zajęciowi. Do ich obowiązków należy m.in. diagnozowanie pacjentów, opiniowanie, przeprowadzanie rozmów wspierających.

Z informacji uzyskanych od psychologa wynika, że minimum jeden raz w miesiącu przeprowadza on rozmowy z każdym pacjentem. Jednakże pacjenci, z którymi rozmawiała ekspert KMP nie mieli świadomości, że mogą korzystać ze spotkań z psychologiem, nie wiedzieli do kogo się zwrócić, żeby porozmawiać.

Pacjentom proponowane są różne formy aktywności w ramach terapii zajęciowej - od gimnastyki porannej, poprzez dbanie o utrzymanie higieny osobistej i najbliższego otoczenia, gry, różne formy zajęć. Przedstawiciele KMP przeanalizowali plany zajęć terapii zajęciowej wizytowanych oddziałów. Prowadzone są m.in. zajęcia plastyczne, rekreacyjne, organizowany jest udział w konkursach, turniejach, obchodach świąt, pogawędkach, wyjściach na spacer, do kina. W poszczególnych zajęciach pacjenci uczestniczą z różnym

zaangażowaniem. Przy Szpitalu funkcjonuje również fizjoterapia, z której mogą korzystać pacjenci ze Szpitala. W uzasadnionych przypadkach fizjoterapeuta przychodzi do oddziału.

Terapia odbywa się w godzinach 10.00-12.00 i nakłada się na czas trwania spaceru. Zgodnie bowiem z Ramowym harmonogramem zajęć w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, spacer odbywa się w godzinach 10.00-11.00 (dla tymczasowo aresztowanych) oraz 11.00-12.00 – dla pozostałych pacjentów. Zatem pacjenci, którzy uczestniczą w grupowej psychoterapii nie mają w tym dniu możliwości spaceru. Biorąc pod uwagę, że jest to oddział zamknięty, spacer jest jedyną możliwością przebywania na świeżym powietrzu. Dla pacjentów może to być duży dylemat co wybrać, każdy wybór niesie ze sobą stratę. W związku z powyższym ekspert KMP zaleca, aby ułożyć harmonogram zajęć tak, żeby te dwie aktywności nie kolidowały ze sobą. Innym rozwiązaniem może być też wyznaczenie dodatkowej godziny na spacer dla osób, które biorą udział w terapii grupowej.

Pacjenci, wobec których środek zabezpieczający wykonywany jest w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, korzystają z codziennych wyjść na świeże powietrze mając do dyspozycji przylegający do budynku plac spacerowy. Przedstawiciele KMP dostrzegli, że plac ten nie posiada żadnego zadaszenia. Wskazane jest zatem zamontowanie przynajmniej częściowego zadaszenia powierzchni placu tak, aby możliwe było korzystanie ze spaceru w różnych warunkach atmosferycznych, a także aby dawał on schronienie przed niepogodą.

Osoby internowane z oddziału o podstawowym zabezpieczeniu mogą odbywać spacery po terenie Szpitala. Odbywają się one pod opieką personelu.

10. Warunki bytowe

Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu („V”) mieści się w odrębnym 4-kondygnacyjnym budynku. Znajdują się w nim m.in. gabinet terapii zajęciowej, sala psychoterapii, gabinet psychoterapeutyczny. Pacjenci rozmieszczeni są na I i II kondygnacji, przede wszystkim w salach 4- i 5-osobowych. W każdej sali znajduje się umywalka i lustro. Na I kondygnacji znajduje się ponadto pokój odwiedzin wyposażony w stoliki, krzesła, telewizor. Wykorzystywany jest on również jako świetlica. Na korytarzu do dyspozycji pacjentów umieszczono lodówkę i telefon samoinkasujący. Na I kondygnacji znajdują się dwie sale obserwacyjne monitorowane. W dniu wizytacji przebywało w nich 14 osób (6 osób-w sali nr 1, 8 osób – w sali nr 2). Byli to pacjenci tymczasowo aresztowani oraz internowani wymagający szczególnej obserwacji. Zasady pobytu pacjentów umieszczonych w salach obserwacyjnych nie

różniły się od pozostałych pacjentów. Mogli oni chodzić we własnych ubraniach, opuszczać salę w dowolnym dla nich czasie, korzystać ze świetlicy i spacerów. W oddziale tym znajduje się również świetlica, kuchnia, palarnia i sanitariaty. Na ostatnim piętrze wyodrębniono gabinet psychologiczny, gabinety lekarskie oraz pokój pielęgniarek oddziałowych.

Przedstawiciele KMP nie mieli uwag co do warunków panujących w tym oddziale, poza jedną. W niektórych salach pacjenci nie mieli możliwości zabezpieczenia swoich rzeczy (np. sala nr 5 i 6). Zbyt małe szafki powodowały, że część swoich rzeczy pacjenci przechowywali w torbach pod łóżkiem. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom zauważa, iż *należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta* (§ 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]). Przedstawiciele KMP rekomendują zatem stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy.

Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu („IV”), w którym przebywają mężczyźni, zajmuje I piętro w budynku, w którym mieści się również oddział psychiatryczny ogólny (parter) oraz oddział odwykowy (II piętro). W dniach wizytacji pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów były czyste i zadbane. Zastrzeżenia przedstawicieli KMP wzbudziło natomiast znaczne zagęszczenie niektórych sal chorych, zwłaszcza 9-osobowych sal nr 1 i nr 2 na tym oddziale. W związku z tym, iż tak duża liczba osób w jednej sali uniemożliwia respektowanie prawa do prywatności i intymności pacjentów, przedstawiciele KMP zalecają zmniejszenie liczby łóżek.

Tak duże zaludnienie w tych salach spowodowało również, iż wbrew temu, co nakazują przepisy § 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), łóżka pacjentów nie były dostępne z trzech stron. Przedstawiciele KMP zalecają zatem zapewnienie właściwych odstępów między łózkami.

Kobiety przebywające w warunkach podstawowego zabezpieczenia umieszczone są w Oddziale Psychiatrii Ogólnej („III”). Przedstawiciele KMP nie mieli uwag co do warunków zapewnionych tym pacjentkom.

Należy podkreślić, że w dniu wizytacji budynki i pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów były wyremontowane, czyste i zadbane. Pozytywnie należy ocenić również dostosowanie placówki do osób z niepełnosprawnością. W Szpitalu znajdują się bowiem różne rozwiązania ułatwiające poruszanie się takim osobom, np. pełne dostosowanie sanitariatów, zamontowanie wzdłuż korytarza poręczy do podtrzymywania się, wyposażenia budynków w windę.

11. Prawo do praktyk religijnych

Pacjenci przebywający w warunkach podstawowego zabezpieczenia mogą wychodzić w każdą niedzielę do Kościoła. Natomiast do pacjentów w Oddziale o Wzmocnionym Zabezpieczeniu raz w tygodniu przychodzi ksiądz kościoła katolickiego, który odprawia msze oraz udziela posług indywidualnych. Z informacji od personelu wynikało, że w razie potrzeby możliwe jest zapewnienie opieki duszpasterskiej przez duchownych innych wyznań. Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszali uwag odnośnie realizacji prawa do praktyk religijnych.

12. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają:

1. Dyrektorowi Szpitala Psychiatrycznego w Jarosławiu:

- 1.1.** każdorazowe weryfikowanie użycia przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia trwające dłużej niż 1 dzień w celu ustalenia rzeczywistej konieczności jego stosowania;
- 1.2.** przedłużanie stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 740);
- 1.3.** usunięcie zapisu z Zarządzenia Nr 6 Dyrektora SPZOZ w Jarosławiu z dnia 16 stycznia 2006 r. w sprawie wdrożenia w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu Regulaminu Organizacyjno-Porządkowego mówiącego o każdorazowym poddawaniu kontroli osobistej osób odwiedzających;

- 1.4. zorganizowanie odpowiedniego pomieszczenia przeznaczonego do widzeń pacjentów z ich najmłodszymi dziećmi oraz zaprzestanie stosowania ograniczeń wiekowych w tym zakresie;
- 1.5. zmniejszenie pojemności sal nr 1 i 2 na Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu w celu zapewnienia przebywającym w niej pacjentom warunków gwarantujących prywatność oraz intymność;
- 1.6. zmniejszenie pojemności Pododdziału Psychiatrii Ogólnej w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu;
- 1.7. podjęcie przez dyrektora Szpitala kroków w zakresie oszacowania braków personelu w poszczególnych grupach zawodowych oraz podjęcie starań zmierzających do zwiększenia liczby pracowników;
- 1.8. ułożenie harmonogramu zajęć w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu tak, żeby nie nakładały się na siebie istotne aktywności lub wyznaczenie dodatkowej godziny na spacer dla osób, które biorą udział w terapii grupowej;
- 1.9. zwrócenie uwagi na indywidualną pracę z pacjentem, zarówno w zakresie oddziaływań medycznych, jak i rehabilitacyjnych; indywidualne badanie pacjenta, opisy stanu psychicznego, opracowywanie indywidualnego planu terapii i okresowa ewaluacja i modyfikacja;
- 1.10. prowadzenie dokumentacji medycznej z większą starannością;
- 1.11. prowadzenie psychoedukacji wśród pacjentów i informowanie ich o postępach terapii;
- 1.12. dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);
- 1.13. stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy;
- 1.14. umożliwienie pacjentom korzystania z telefonów komórkowych;
- 1.15. częściowe zadaszenie powierzchni placu spacerowego tak, aby możliwe było korzystanie ze spaceru w różnych warunkach atmosferycznych, a także aby dawał on schronienie przed niepogodą.